

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

箱根町長 様

住所 箱根町

申請者 電話

ふりがな
氏名 ⑩

対象児との続柄 []

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

箱根町新生児聴覚検査費用助成要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次
のとおり関係書類を添えて申請します。

この助成金交付要件確認等のため、町の職員が対象児の検査内容を医療機関等に照会する
ことに同意します。

対象児氏名 ふりがな									
対象児の生年月日		年		月		日			
住所および連絡先		〒		箱根町		連絡先：		※申請者の住所等と同じ場合は記入不要	
検査方法		<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE							
申請額		円							
検査医療機関名									
検査日		年		月		日			
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合					本店・店 支店・出張所		
	口座番号						種別	当座 ・ 普通	
	ふりがな								
	口座名義								
		※申請者名義の口座							

(関係書類)

- 1 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類（検査結果の写し等）
- 2 新生児聴覚検査に係る領収書
- 3 その他町長が必要と認めるもの